

La Colaboración Cochrane en Cuba. Parte VI. Producción de guías para la práctica clínica: una visión desde la perspectiva de la base de datos Medline

Rubén Cañedo Andalia,¹ Ricardo Jorge Arencibia,² Ligeya Perezleo Solorzano² y Juan A. Araújo Ruiz³

RESUMEN

OBJETIVOS: Mostrar las características cuantitativas y cualitativas del flujo de información de guías para la práctica clínica, procesadas en la base de datos Medline entre los años 1994 y 2003. **MÉTODOS:** Se identificaron las guías para la práctica clínica procesadas por Medline, a partir de una estrategia de búsqueda diseñada para estos propósitos. Se revisó manualmente la relevancia de los registros recuperados. Se elaboraron índices de frecuencia para un grupo de variables seleccionadas por su relevancia para caracterizar el flujo estudiado. Dichos índices se realizaron con el auxilio del software denominado Procite. El estudio de la distribución temática se realizó con el software denominado Refviz, una herramienta para la minería de datos, desarrollada por el Institute for Scientific Information de los Estados Unidos. **RESULTADOS:** Se identificaron 6 350 guías clínicas procesadas por la base de datos Medline entre los años 1994 y 2003. Dichas guías, escritas en 22 idiomas y procedentes de 43 países, se publicaron en 1 094 títulos de revistas diferentes. Según país, los Estados Unidos de Norteamérica produce más de la mitad (53,5%) de las guías clínicas procesadas en Medline. La revista más productiva fue Pediatrics de los Estados Unidos con 208 contribuciones. Las instituciones más productivas fueron el American College of Obstetricians and Gynecologists, la American Heart Association, la American Academy of Pediatrics, el American College of Cardiology y la American Diabetes Association. Existen 4 áreas donde se concentra la mayor parte de los subgrupos temáticos más tratados: terapéutica de las enfermedades generales, del cáncer y los tumores malignos, así como de las infecciosas y cardiovasculares. **CONCLUSIONES:** Aun cuando existe un indiscutible predominio de los Estados Unidos en la producción de guías para la práctica clínica, la reconocida tendencia de la base de datos Medline a procesar prioritariamente publicaciones estadounidenses o anglosajonas puede ejercer una influencia desfavorable sobre los resultados y las posiciones que ocupan otros países.

Palabras clave: guías para la práctica clínica, informetría, Medline.

ABSTRACT

AIM: To show the qualitative and quantitative features of information flow of medical practice guides processed by Medline in 1993 and 2004. **METHODS:** The guides for medical practice processed by Medline were identified using search approach design for that purpose. The relevant of retrieved records was handy reviewed. The frequency indexes were prepared for a variable group chosen according relevance to distinguish the study flow. The foremention indexes were conceived using the Procite software. The study of topic distribution was carried out using the Refvitz software, a tool for data mining created by Institute for Scientific Information. **RESULTS:** The identification of 6 350 clinical guides processed by Medline in the years 1993 and 2004 was possible. These guides, written in 22 languages proceedings from 43 countries, were published in 1 094 different journals. According to country, The United States of America produced more than the half (53,5%) of the clinical guides published in Medline. The most productive journal was Pediatrics from U.S.A containing 208 contributions. The most productive institutions were the American College of Obstetricians and Gynecologists, The American Heart Association, The American Academy of Pediatrics, The American College of Cardiology and The American Diabetes Association. The majority of the most treated thematic subgroups were concentrated in 4 areas: therapy of general diseases, cancer and malignant tumors as well as the infectious and cardiovascular diseases. **CONCLUSION:** Even though the predominance of the U.S.A in clinical guide production is unquestionable, the recognized trend of Medline database to process mainly publications from U.S.A and also from english speaking countries could a disadvantage for the results and positions occupied by other countries.

Keywords: clinical practice guidelines, informetry, Medline.

Del caos a la organización, de la organización a la dirección;
sin información es imposible transitar
de un escalón a otro.
Los autores

La toma de decisiones, tanto en el plano biológico como social, es una actividad ineludible para

todos los seres humanos. Cada decisión que se toma implica un riesgo, que se minimiza, según la cantidad y la calidad de la información disponible, útil para dicha toma de decisiones.

El grado de elaboración que requiere la información para soportar una decisión es, con frecuencia, mucho mayor que el exigido para su ejecución en la práctica. Ella exige de la identificación, evaluación y selección de un considerable número de fuentes; así como de la interpretación, validación, comparación -comprende el análisis de las ventajas y desventajas de las principales opciones disponibles-, síntesis y presentación de la información en un formato capaz de facilitar su comprensión y rápida conversión en conocimiento. Para ello, su presentación debe corresponderse con las peculiaridades de la actividad, el entorno y las características propias de los individuos que la necesitan.

Los profesionales de la salud, médicos, gestores y pacientes necesitan información para resolver cuestiones relacionadas con la práctica clínica, datos sólidos sobre los cuales soportar sus decisiones y cursos de su acción; ellos son, en esencia, consumidores de información y, debido a las presiones de su entorno requieren de piezas de información concretas que respondan a sus interrogantes, en consecuencia, exigen información validada, precisa y enriquecida con ciertos datos útiles -efectividad, costos, beneficios, know-how, etc.- para su aplicación en pacientes con condiciones particulares.

La calidad -sin descuidar la calidez- se ha convertido en un aspecto central del debate sobre los cuidados de salud. El informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, titulado "*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*", publicado en marzo del 2001, mostró al público, que existe una diferencia significativa entre los cuidados de salud que reciben los norteamericanos y los que ellos debieran y pudieran obtener. El informe, y los datos que lo soportan, estimularon, como nunca antes, las demandas de los clientes y del sistema de cuidados de salud de una demostración del valor real de las tecnologías, tratamientos, procedimientos y otros recursos empleados en la atención médica, así como de una organización más efectiva del sistema en su totalidad. Las presiones para un perfeccionamiento nunca fueron mayores.¹

El ejercicio de una práctica clínica basada en la evidencia - una manifestación de la extensión de los modelos de la gestión de la calidad a la esfera de la salud y, en particular, al área de los cuidados de salud al paciente- así como de una gestión clínica efectiva requiere de una gestión sólida de la información en pos del conocimiento.

La gestión de la información en pos del conocimiento se revela con particular fuerza en los enfoques de la medicina basada en la evidencia, una respuesta particular del sector de la salud a la necesidad de elevar la calidad de los cuidados de salud a los pacientes, su calidad de vida y su bienestar en general.

Ahora bien, para que la información alcance el nivel necesario de consolidación para la toma de decisiones clínicas adecuadas y confiables, ella debe transcurrir antes por un largo proceso de agregación.

Dicho proceso se inicia con la investigación original.

Los informes de los diferentes tipos de estudios originales ocupan el nivel inferior en la pirámide de la consolidación del conocimiento clínico. Sin ellos, es imposible escalar al nivel superior. En el escalón superior, se sitúan las revisiones: tradicionales, sistemáticas, metanalíticas u otras. Y, entre ellas, en el entorno de las decisiones, las llamadas guías o lineamientos y los algoritmos para la práctica clínica, con sus análisis de evidencias, árboles de decisión y diagramas de los posibles cursos clínicos para la asistencia -diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc.- de los pacientes con condiciones específicas, ocupan el nivel más alto por su grado de elaboración. Ellas se nutren, tanto de las investigaciones originales como de otras revisiones oportunamente validadas.

La consolidación de la información en las llamadas guías o lineamientos para la práctica clínica es el resultado de un largo proceso de búsqueda e identificación, evaluación y selección, así como de análisis y síntesis de la información útil, importante y válida disponible para responder a situaciones clínicas específicas de pacientes reales con condiciones y requerimientos particulares.

Algunas de las claves para el éxito de los procesos de revisión y de elaboración de guías para la práctica clínica son: la exhaustividad de la búsqueda, la rigurosidad de la evaluación y selección de las evidencias que se soportarán las propuestas y conclusiones, así como su constante actualización.

El presente artículo se propone mostrar las características cuantitativas y cualitativas del flujo de información de guías para la práctica clínica, procesadas en la base de datos Medline entre los años

1994 y 2003.

Marco teórico

La Medicina Basada en la Evidencia no es
anticuada o imposible de practicar.

La Medicina Basada en la Evidencia
no es un libro de cocina.

La Medicina Basada en la Evidencia
no reduce los costos.

La Medicina Basada en la Evidencia no se circunscribe
a los ensayos clínicos aleatorios
y los metanálisis.

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS.

Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't Disponible en:

<http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/312/7023/71>

REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METANALÍTICAS

Los profesionales de la salud son incapaces de manejar el volumen de información disponible. Se requiere de revisiones sistemáticas para integrar adecuadamente toda la información válida y crear una base para tomar decisiones de manera racional.²

Una revisión sistemática o metanalítica es una valoración crítica de la evidencia que responde a una interrogante clínica y que comprende una búsqueda exhaustiva en la literatura disponible, que responde a la cuestión clínica tratada; la evaluación de la calidad de los estudios y el informe de los resultados de forma sistemática (anexo 1).

Las revisiones sistemáticas establecen la consistencia de los efectos de la atención sanitaria; la aplicabilidad de los resultados de la investigación para diferentes grupos de población y ámbitos; las diferencias necesarias en los tratamientos -por ejemplo, en cuanto a dosis-; así como la existencia de variaciones significativas de los efectos. El uso de métodos explícitos y sistemáticos en las revisiones limita los sesgos -errores sistemáticos- y reduce los efectos producidos por el azar; y por ello, proporcionan resultados más fiables para obtener conclusiones y tomar decisiones.^{3,4}

Una revisión sistemática o metanalítica debe describir explícitamente los criterios establecidos para la selección de los estudios, de los participantes, de las intervenciones y de los parámetros (indicadores) para medir los resultados o desenlaces. Asimismo, debe mostrar detalladamente la estrategia de búsqueda utilizada para la identificación de los estudios, los métodos de revisión empleados, una descripción de los estudios, un análisis de la calidad metodológica de la revisión, así como sus resultados y discusión.⁵

Si los estudios informan datos cuantitativos comparables y presentan un bajo grado de variación en sus hallazgos, puede realizarse un metanálisis, es decir, una integración estadística de los resultados de los estudios individuales para obtener un estimado global del efecto de la intervención.

Un artículo de revisión tradicional es frecuentemente una revisión no sistemática de un tema. En la mayoría de los casos, no se basa en una revisión estructurada y exhaustiva de la literatura y no evalúa sistemáticamente la calidad de los estudios incluidos.

GUÍAS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Las guías para la práctica clínica son lineamientos desarrollados sistemáticamente para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud apropiados para circunstancias clínicas específicas.^{6,7}

Sus lineamientos o planteamientos, que integran la mejor evidencia externa disponible con otros conocimientos necesarios para la toma de decisiones en problemas específicos de salud en forma sencilla y comprensible, conforman estrategias para el perfeccionamiento de la calidad.⁸

Aunque provienen generalmente de sociedades profesionales relevantes, organizaciones públicas o privadas, agencias de gobierno u otras instituciones de gran prestigio, pueden ser elaboradas por autores individuales o colectivos pequeños.

La preparación de una guía para la práctica clínica requiere de tres pasos claves:⁷

- Identificación de las interrogantes prácticas, las decisiones y opciones principales y sus posibles consecuencias -beneficios, riesgos, costos, etc.-, es decir, los probables desenlaces de cada una de ellas.
- Integración de las evidencias válidas y relevantes, que necesitan los clínicos para tomar decisiones informadas en cada uno de los puntos de decisión.

Este es aún el paso más difícil. Gran parte de las áreas clínicas carecen de evidencias de investigación adecuadas. Una de las piedras angulares de la práctica basada en la evidencia es el requerimiento de que las evidencias sean relevantes a los pacientes individuales. La mayor parte de la evidencia presentada en las revisiones formales, aunque exhaustiva y válida, por su forma, no es relevante al cuidado de pacientes con condiciones particulares.

En esta etapa, se identifican explícitamente, evalúan y resumen, en forma relevante para quienes toman decisiones, la mejor evidencia sobre prevención, diagnóstico, pronóstico, terapia, daños, costo-efectividad u otro aspecto de interés y se precisan los puntos de decisión en los cuales estas evidencias válidas necesitan integrarse con la experiencia clínica individual en la decisión de un curso de acción. Ellas no dicen cuál decisión tomar pero identifican un rango de decisiones potenciales y aporta las evidencias, las que, junto a su juicio clínico individual, así como los valores y expectativas de sus pacientes, lo ayudarán a tomar una decisión con respecto a la conducta a seguir en su atención.

El incremento del interés en una práctica médica basada en la evidencia, así como en las propias guías ha descubierto vacíos significativos de evidencias.

Dichas revisiones revelan, con frecuencia, vacíos de investigación y señalan el camino para la ejecución de nuevos estudios, necesarios para completar los escenarios de la realidad clínica. Este proceso es como armar un rompecabezas donde faltan piezas. Así, una revisión revela lo que existe, lo que falta, lo que sirve y lo que no. Ellas conforman un escalón importante para la consolidación del conocimiento, para la formulación de nuevas líneas de investigación.

Cada curso señalado, cada alternativa, que presenta una guía para la práctica clínica, debe soportarse en un grupo de evidencias. Ellas deben aparecer en forma explícita, clasificadas según su fortaleza.

- Presentación de la evidencia y de las recomendaciones en forma sencilla, concisa y accesible.

Los clínicos necesitan guías, simples, amistosas y para pacientes específicos.

Las guías frecuentemente se acompañan de algoritmos que ilustran los puntos de decisión y las opciones fundamentales. Los algoritmos son modelos esquemáticos de alternativas -posibles cursos de acción- para la toma de decisiones clínicas. Tanto el algoritmo como la propia guía para la práctica clínica pueden no considerar todas las variables relacionadas con los pacientes, como: el estado de la enfermedad, el establecimiento clínico o aspectos del seguro o la economía. Por lo tanto, ellas deben utilizarse sólo como una guía y nunca deben situarse por encima del médico o del paciente.⁹

Las guías para la práctica clínica pueden basarse en las evidencias de las investigaciones o en el consenso de los expertos.

Una guía basada en la evidencia contiene un grupo de recomendaciones para la práctica clínica, resultantes de la búsqueda exhaustiva de la literatura y la evaluación de la calidad individual de los estudios. Sus recomendaciones se gradan para reflejar la calidad de las evidencias que las soportan. La búsqueda, la evaluación crítica y los métodos de gradación se describen explícitamente y son reproducibles para autores con similares habilidades.

A diferencia de la anterior, una guía basada en el consenso contiene recomendaciones para la práctica clínica, basadas en la opinión de un grupo de expertos, que típicamente no son el resultado de una búsqueda sistemática de la evidencia disponible, la evaluación de la calidad de los estudios individuales y carecen de un sistema explícito para clasificar la fortaleza de las recomendaciones. Es el método más común para el desarrollo de guías.

Persons y Beck, afirman que las guías de consenso no son adecuadas, porque:

- La guía de consenso se fundamenta en la opinión de los expertos y los expertos pueden estar equivocados.
- Ellas enseñan a apoyarse en los expertos, no en hallazgos empíricos.
- Ellas no distinguen entre interrogantes clínicas para las cuales existen datos disponibles y

aquellas para las que no existen.¹⁰

ESTRUCTURA

Una guía para la práctica clínica está compuesta por:¹¹

I. Elementos de la introducción

- Alcance
- Enfermedad/condición
- Categoría (Diagnóstico, prevención, rehabilitación, etc.)
- Especialidad clínica
- Usuarios posibles
- Objetivos
- Población objetivo
- Intervenciones y prácticas consideradas
- Principales desenlaces considerados

II. Elementos del método

- Método utilizado para recolectar/seleccionar la evidencia (búsqueda manual/electrónica).
- Descripción de los métodos utilizados para recolectar /seleccionar la evidencia (estrategias de búsqueda, lista de revistas revisadas, palabras claves, bases de datos, criterio de inclusión/exclusión).
- Número de documentos fuentes.
- Esquema de clasificación para la fortaleza de la evidencia.
- Métodos utilizados para analizar la evidencia (metanálisis, revisiones sistemáticas)
- Descripción de los métodos utilizados para formular las recomendaciones (incluye consideraciones como preferencia de los pacientes, costos y otros valores considerados).
- Esquema de clasificación para la fortaleza de la recomendación.
- Análisis de costos.
- Método de validación de la guía (prueba piloto, arbitraje interno o externo, etc.).
- Descripción del método de validación de la guía.

III. Elementos de los resultados

- Recomendaciones.
- Algoritmo clínico.
- Evidencias que soportan las recomendaciones.
- Tipo de evidencia que soportan las recomendaciones.
- Beneficios y daños potenciales resultantes de implementar las recomendaciones.
- Contraindicaciones.
- Calidad (identifica áreas de incertidumbre o controversias en los cursos a seguir).
- Implementación de la guía.

GUÍA DEL LECTOR PARA EVALUAR UNA GUÍA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La guía del lector para evaluar la validez, utilidad y aplicabilidad de los lineamientos para la práctica clínica se basa en las siguientes interrogantes:¹²

I. Son válidos los resultados del estudio?

- Se especificaron con claridad todas las opciones y desenlaces importantes.
- Se utilizó un proceso sensible y explícito para identificar, seleccionar e integrar la evidencia.
- Se empleó un proceso sensible y explícito para considerar el valor relativo de los diferentes desenlaces.
- Se consideraron avances recientes importantes en la guía.

II. Cuáles fueron los resultados.

- Se realizaron recomendaciones prácticas clínicamente importantes.
- Cuán fuertes son las recomendaciones.
- Cuál es el impacto de la incertidumbre en la evidencia y los valores utilizados en la guía.

III. Ayudan los resultados de la guía en el cuidado de sus pacientes.

- Es el objetivo primario de la guía consistente con sus objetivos secundarios.
- Son las recomendaciones aplicables a los pacientes propios.
- Es la guía válida, útil y aplicable en la práctica clínica particular.

MÉTODOS

Se identificaron las guías para la práctica clínica procesadas en la base de datos Medline entre los años 1994 y 2003.

Se consideraron como guías para la práctica clínica aquellas contribuciones que contienen un grupo de principios o directrices para asistir al médico práctico en la toma de decisiones relacionadas con los cuidados de salud al paciente - diagnóstico, tratamiento u otro procedimiento clínico apropiado- para circunstancias clínicas específicas. Las guías para la práctica clínica pueden ser desarrolladas por agencias de gobierno a cualquier nivel, instituciones, organizaciones como sociedades profesionales u organismos de gobierno, así como por paneles de expertos convocados al efecto. Ellas pueden proveer el fundamento para determinar y evaluar la calidad de los cuidados en términos de mejoría de salud y la reducción de la variabilidad, tanto de los servicios y procedimientos de la atención como de los resultados de los cuidados de salud.¹³

Para identificar las guías clínicas procesadas por la base de datos Medline en el período de estudio, se empleó la siguiente estrategia de búsqueda:

1: " *Practice Guideline*" [PT]

PT es el tipo de publicación.

Los resultados de la búsqueda se revisaron para comprobar la relevancia de los registros recuperados.

La búsqueda se realizó el día 23 de febrero del 2004.

Los campos que se utilizaron para el procesamiento fueron: para el año: (SO), para la fuente: (TA), para el país de la fuente: (PL), para el tipo de publicación: (PT), para el idioma: (LA), para el autor: (AU), para las materias (MH) y para la afiliación: (AD).

La elaboración de los índices de frecuencia para las variables mencionadas se realizó con el auxilio del software denominado Procite.

El estudio de la distribución temática se realizó mediante el software denominado Refviz,¹⁴ una herramienta para la minería de datos, desarrollada por el *Institute for Scientific Information* de los Estados Unidos, capaz de analizar, organizar y graficar la distribución temática de grandes volúmenes de referencias bibliográficas [Torricella Morales RG, Lee Tenorio F, Araújo Ruiz JA. Aplicación de la mapeación conceptual en la creación de bases de datos temáticas especializadas: estudio de caso. En: Congreso Internacional de Información; abril 12-16; La Habana, Cuba. La Habana: IDICT, 2004. [CD-ROM]. ISBN: 959-234-040-4]. Dicho programa ofrece un gran número de herramientas para la organización temática del contenido de las referencias recuperadas en un grupo de bases de datos internacionales de gran prestigio y es compatible con el gestor de referencias Procite, empleado para el procesamiento de los registros en el presente trabajo.

Refviz crea descriptores primarios y secundarios, a partir de las palabras contenidas en el título, el resumen y los descriptores de los registros. Así, contribuye a eliminar cualquier sesgo que pueda presentar la indización de un conjunto de contribuciones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se identificaron 6 350 guías clínicas procesadas por la base de datos Medline entre los años 1994 y 2003. Dichas guías, escritas en 22 idiomas y procedentes de 43 países, se publicaron en 1 094 títulos de revistas diferentes. Medline ha procesado hasta la fecha en que se realizó la búsqueda 7747 guías, las estudiadas representan el 81.96%.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN AÑO

Desde el año 1994 hasta el 2003, se observa una tendencia a un crecimiento sostenido del número

de guías procesadas por la base de datos estudiada, con sólo una inflexión en el año 2002 (tabla 1).

Tabla 1. Distribución según año

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
451	438	526	579	632	746	782	763	655	778

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PAÍS

Los Estados Unidos de Norteamérica produce más de la mitad (53,5%) de las guías clínicas procesadas en Medline. A continuación se sitúan el Reino Unido, Alemania, Francia y Canadá, que juntos publican aproximadamente la mitad (26,2%) de las correspondientes a los Estados Unidos (tabla 2).

Tabla 2. Países con 30 o más guías publicadas.

País	Contribuciones	%
Estados Unidos	3 396	53,5
Reino Unido	588	9,3
Alemania	367	5,8
Francia	364	5,7
Canadá	346	5,4
Irlanda	228	3,6
Holanda	202	3,2
España	152	2,4
Italia	119	1,9
Suiza	96	1,5
Australia	74	1,2
Finlandia	54	0,9
Japón	48	0,8
Dinamarca	43	0,7
Sudáfrica	37	0,6
Brasil	32	0,5
Bélgica	30	0,5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TÍTULOS DE REVISTA

Las 6 350 guías clínicas identificadas se publicaron en 1 094 títulos de seriadas diferentes. Un total de 25 (2,28%) revistas produjeron el 29,70% de las guías y 73 (6,7 %), -(39, 53,4%, norteamericanas)-, publicaron 20 o más guías. Este 6,7 %, sin embargo, publica el 47,8 % del total de guías (tabla 3).

La revista más productiva fue *Pediatrics* de los Estados Unidos con 208 contribuciones. La distribución de las fuentes presenta una gran dispersión, factor que dificulta considerablemente la adquisición rentable de los títulos necesarios para disponer de un cubrimiento en originales, al menos, aceptable. Entre las seriadas más productivas sólo se encuentran 3 revistas iberoamericanas, españolas; la *Revista Española de Cardiología* es la mejor ubicada

El promedio de guías publicadas por revista en el periodo estudiado es de 5,8, es decir, que cada título identificado produjo unas 6 contribuciones de este tipo en el periodo estudiado, 10 años. Las revistas de algunos países como Canadá, Brasil y los países escandinavos muestran promedios

superiores a la media. Estados Unidos y España se encuentran muy cercanos a la media general.

Tabla 3. Revistas que publicaron 20 o más guías.

Título	País	Contribuciones	%
Pediatrics	USA	208	3,3
Int J Gynaecol Obstet	IRL	150	2,4
Am Fam Physician	USA	136	2,1
Circulation	USA	127	2,0
Diabetes Care	USA	87	1,4
CMAJ	CAN	84	1,3
Ann Emerg Med	USA	80	1,2
MMWR Recomm Rep	USA	79	1,2
Ned Tijdschr Geneeskd	HOL	74	1,0
Gastrointest Endosc	USA	65	1,0
Resuscitation	IRL	65	1,0
Ann Intern Med	USA	61	0,9
Oncology (Huntingt)	USA	60	0,9
AORN J	USA	56	0,8
Neurology	USA	53	0,8
Can Commun Dis Rep	CAN	51	0,8
Duodecim	FIN	50	0,7
Bull Cancer	FRA	47	0,7
Nephrol Dial Transplant	UK	47	0,7
Obstet Gynecol	USA	47	0,7
Arch Pathol Lab Med	USA	44	0,7
Clin Infect Dis	USA	41	0,6
Pneumologie	ALE	41	0,6
J Am Acad Dermatol	USA	40	0,6
J Am Coll Cardiol	USA	40	0,6
J Nucl Med	USA	39	0,6
Rev Esp Cardiol	ESP	39	0,6
Z Gastroenterol	ALE	38	0,6
Can J Cardiol	CAN	37	0,6
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry	USA	36	0,6
Chest	USA	35	0,6
J Neurotrauma	USA	34	0,5
Eur Heart J	UK	33	0,5
Hautarzt	ALE	32	0,5
Am J Health Syst Pharm	USA	31	0,5
JAMA	USA	31	0,5
S Afr Med J	SUDAF	31	0,5
Respir Care	USA	30	0,5
Electroencephalogr Clin Neurophysiol Suppl	HOL	29	0,5
Gastroenterology	USA	29	0,5
Am J Respir Crit Care Med	USA	28	0,4
Gut	UK	28	0,4
Thorax	UK	28	0,4
Br J Cancer	UK	27	0,4
J Obstet Gynaecol Can	CAN	27	0,4

Presse Med	FRA	27	0,4
Gastroenterol Clin Biol	FRA	26	0,4
Gastroenterol Nurs	USA	26	0,4
J Periodontol	USA	26	0,4
Arq Bras Cardiol	BRA	25	0,4
Sex Transm Infect	UK	25	0,4
Am J Gastroenterol	USA	24	0,4
J Am Diet Assoc	USA	24	0,4
J Clin Oncol	USA	24	0,4
Postgrad Med	USA	24	0,4
AAOHN J	USA	23	0,4
Am J Clin Pathol	USA	23	0,4
Med J Aust	AUS	23	0,4
Arch Mal Coeur Vaiss	FRA	22	0,3
J Allergy Clin Immunol	USA	22	0,3
J Am Geriatr Soc	USA	22	0,3
Lakartidningen	SUE	22	0,3
Schweiz Med Wochenschr	SUIZ	22	0,3
Stroke	USA	22	0,3
Z Arztl Fortbild Qualitatssich	ALE	22	0,3
Am J Kidney Dis	USA	21	0,3
An Esp Pediatr	ESP	21	0,3
Arch Bronconeumol	ESP	21	0,3
Br J Haematol	UK	21	0,3
Diabetes Educ	USA	21	0,3
Int J Radiat Oncol Biol Phys	USA	21	0,3
Int J STD AIDS	UK	20	0,3
Urologe A	ALE	20	0,3

DISTRIBUCIÓN DE LOS TÍTULOS DE SERIADAS SEGÚN PAÍS DE LA PUBLICACIÓN

Las revistas de los Estados Unidos representan el 45,6% del total de todas las seriadas identificadas. Las revistas de 4 países: Estados Unidos, Reino Unido, Alemania y Francia representan el 69,6% del total procesado. Las fuentes de España sólo representan el 2,0% (tabla 4).

Tabla 4. Países con 5 o más títulos de seriadas.

País	No revistas	%
Estados Unidos	499	45,6
Reino Unido	155	14,2
Alemania	59	5,4
Francia	48	4,4
Holanda	43	3,9
Canadá	43	3,9
Italia	37	3,4
Japón	29	2,6
Suiza	29	2,6
España	22	2,0
Australia	17	1,6

Dinamarca	15	1,4
Bélgica	11	1,0
Noruega	9	0,8
Rusia	8	0,7
India	7	0,6
Irlanda	6	0,5
Polonia	6	0,5
Sudáfrica	5	0,5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN AFILIACIÓN DEL AUTOR

Se identificaron 4 420 guías (69,6 %) con autor declarado explícitamente, 3 509 poseen autor individual, 911 están registradas por un autor corporativo y 1 927 no poseen identificación en los campos "Author Affiliation" o "Notes".

Existe un total de 13 instituciones que produjeron 20 o más guías clínicas durante el período estudiado. Se destaca particularmente el caso del American College of Obstetricians and Gynecologists, una institución que ha generado prácticamente el doble de la American Heart Association, la segunda en la clasificación según su productividad (tabla 5). La presencia de dichas instituciones, junto a la *American Academy of Pediatrics*, el *American College of Cardiology* y la *American Diabetes Association*, muestra la importancia y el interés que presentan estas áreas de la salud para las autoridades sanitarias norteamericanas.

Tabla 5. Relación de instituciones con 20 o más contribuciones.

Institución	Contribuciones	%
American College of Obstetricians and Gynecologists (USA)	146	3,3
American Heart Association (USA)	79	1,8
American Academy of Pediatrics (USA)	77	1,7
American College of Cardiology (USA)	61	1,4
American Diabetes Association (USA)	57	1,3
Expert Group on Renal Transplantation (UK)	34	0,8
European Resuscitation Council (BEL)	31	0,7
Agence Nationale D'Accreditation et D'Evaluation en Sante (FRA)	31	0,7
United States Preventive Services (USA)	27	0,6
American Society of Health-System Pharmacists (USA)	24	0,5
Association of Genitourinary Medicine (USA)	23	0,5
United States Public Health Services (USA)	22	0,5
Centers for Disease Control and Prevention (USA)	21	0,5
Total (muestra):	4	420

La distribución geográfica, según el país del autor, muestra el predominio de los autores estadounidenses, cuyo número de contribuciones es casi 7 veces superior a las del Reino Unido, que ocupa el segundo lugar en la clasificación (tabla 6).

Tabla 6. Relación de países con 30 o más contribuciones, según país del autor.

País	Contribuciones	%
Estados Unidos	2 544	57,6
Reino Unido	378	8,6
Francia	263	6,0
Alemania	240	5,4
Canadá	190	4,3
España	130	2,9

Italia	124	2,8
Holanda	107	2,4
Australia	67	1,5
Finlandia	61	1,4
Suecia	42	1,0
Bélgica	40	0,9
Suiza	33	0,7
Total de países:	43	

La distribución por grandes regiones, según país del autor, vuelve a mostrar la supremacía de los países de América del Norte sobre Europa, cuya producción es prácticamente la mitad de los autores de la región norteamericana (tabla 7).

Tabla 7. Distribución por grandes regiones, según país del autor.

Región	Contribuciones	%
América del Norte	2 734	61,9
Europa	1 513	34,2
Australia	76	1,7
Asia y Medio Oriente	52	1,2
América Latina y el Caribe	29	0,6
África	16	0,4
Total (muestra):	4	420

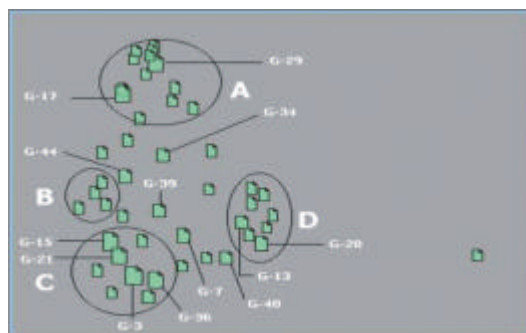
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TEMÁTICA

Al procesar la base de datos creada en Procite con Refviz, se obtuvo una muestra de 2 168 registros (34%), debido a que este software desecha aquellos registros que no presentan el campo "Abstract". Las referencias, entonces, se agruparon en 46 grupos con temáticas afines.

Existen 4 áreas donde se concentra la mayor parte de los subgrupos temáticos más tratados: terapéutica de las enfermedades generales, del cáncer y los tumores malignos, así como de las infecciosas y cardiovasculares (figura , tabla 8 y 9).

Si se cruzan los datos procedentes de la distribución según afiliación del autor y de las temáticas, se observa coincidencias en áreas como la Ginecología y Obstetricia -la American College of Obstetricians and Gynecologists y el subgrupo G-34-; la Cardiología - la American Heart Association y el American College of Cardiology, entre otros, y los subgrupos G-15, G-36 y G-21-; la Pediatría - la American Academy of Pediatrics y los subgrupos G-7, G-44, G-28 y G-40-; así como en las enfermedades infecciosas - el United States Public Health Services y el Centers for Disease Control and Prevention y los subgrupos G-28, G-29 y G-13 en particular.

Sin embargo, es notable que, entre las instituciones más productivas en materia de guías clínicas no aparezcan las relacionadas con el tratamiento del cáncer y los tumores malignos, un área muy bien representada en la distribución temática -subgrupos G-17 y G-29.



Figura

Tabla 8. Áreas temáticas más tratadas.

Área	Temática	Contribuciones
A	Terapéutica del cáncer y los tumores malignos	449
B	Terapéutica de las enfermedades cardiovasculares	167
C	Guías terapéuticas de enfermedades generales	809
D	Terapéutica de las enfermedades infecciosas	284

Tabla 9. Grupos temáticos más tratados.

Grupos seleccionados	Descriptores principales	Contribuciones
G-3	Standard - Therapy - Disorders	219
G-15	Therapy - Drug - Heart	212
G-17	Standard - Cancer - Therapy	180
G-29	Cancer - Tumor - Standard	160
G-36	Therapy - Drug - Cardiovascular	147
G-21	Therapy - Drug - Emergency	138
G-7	Screen - Child - Nurse	123
G-44	Pediatric - Child - Disorders	78
G-28	Infection - Child - Vaccine	74
G-39	Infection - Antibiotic - Therapy	67
G-40	Child - Pediatric - Adolescent	61
G-13	Infection - HIV - Therapy	51
G-34	Woman - Fetus - Pregnancy	44
Total de registros:		6 347
Registros procesados por Refviz:		2 168

DISTRIBUCIÓN SEGÚN IDIOMAS

Se identificaron guías en 22 idiomas, así como 129 contribuciones escritas en más de un idioma. El 81,4% de las guías se escribieron en idioma inglés y el 12% en francés y alemán (tabla 10).

Tabla10. Idiomas con 35 o más contribuciones.

Idioma	Contribuciones	%
Inglés	5 174	81,5
Francés	455	7,2
Alemán	304	4,8
Español	167	2,6
Holandés	86	1,4
Italiano	81	1,3
Finlandés	50	0,8

DISTRIBUCIÓN SEGÚN AUTOR

El estudio de la distribución según autor permitió establecer la existencia de 16 666 autores: 2840 corporativos y 13 826 individuales. Estos últimos generaron 3 510 contribuciones (55,27%) para un promedio de asociación de 3,9 autores por artículo. Un total de 20 autores individuales participaron en la elaboración de 20 o más guías clínicas (tabla 11). La presencia de un alto por ciento de autores corporativos confirma la existencia de una tendencia hacia la elaboración de guías clínicas por organizaciones más que por autores o pequeños grupos de ellos.

Tabla 11. Relación de autores que publicaron 20 o más guías.

Autor	Afiliación	Contribuciones	%
Smith SC, Jr	Office of Scientific Affairs, American Heart Association, Dallas, TX 75231-4596, USA.	49	0,8
Gibbons RJ	Educational Services, American College of Cardiology, Bethesda, Maryland 20814-1699, USA.	47	0,7
Fuster V	American College of Cardiology.	38	0,6
Russell RO	American College of Cardiology.	34	0,5
Gregoratos G	American College of Cardiology.	33	0,5
Faxon DP	American College of Cardiology.	28	0,4
Hiratzka LF	American College of Cardiology.	27	0,4
Jacobs AK	American College of Cardiology.	25	0,4
Blanc-Vincent MP	Federation Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, 101, rue de Tolbiac, 75654 Paris Cedex	13.	25 0,4
Falgel DO	American Society for Gastrointestinal Endoscopy.	24	0,4
Eagle KA	Office of Scientific Affairs, American Heart Association, Dallas, TX 75231-4596, USA.	22	0,3
Ressel GW	National Institutes of Health.	22	0,3
Taubert KA	University of Texas Southwestern Medical School, Dallas, USA.	21	0,3
Wheeler-Harbaugh J	American Society for Gastrointestinal Endoscopy.	21	0,3
Cheitlin MD	American College of Cardiology	20	0,3
Drake LA	American Academy of Dermatology, Schaumburg, IL 60168-4014, USA.	20	0,3
Eisen GM	American Society for Gastrointestinal Endoscopy.	20	0,3
Fanelli RD	American Society for Gastrointestinal Endoscopy.	20	0,3
Fervers D	Federation Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, 101, rue de Tolbiac, 75654 Paris Cedex	13. 20	0,3
Lewis CW	American Academy of Dermatology, Schaumburg, IL 60168-4014, USA.	20	0,3

ADVERTENCIA FINAL

La reconocida tendencia de la base de datos Medline a procesar prioritariamente publicaciones estadounidenses o anglosajonas puede ejercer una influencia desfavorable sobre los resultados y las posiciones que ocupan muchos otros países.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute of Medicine, USA. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. En: American College of Cardiology (ACC). A National focus on quality. Disponible en: <http://www.acc.org/quality/quality.htm> Consultado: 30 de abril del 2004.
2. Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. BMJ 1994; 309:597-9.
3. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. JAMA 1992; 268:240-8.
4. Oxman AD, Guyatt GH. The science of reviewing research. Ann NY Acad Sci 1993; 703:125-33.
5. Clarke M, Oxman AD, editores. Manual del Revisor Cochrane 4.1.6 [actualización enero 2003]. En: The Cochrane Library, Número 1, 2003. Oxford: Update Software. Actualizado trimestralmente. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/componen/mbevid/cursos/articulos/mbe20.pdf> Consultado: 26 de abril del 2004.
6. Institute of Medicine. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington, DC: National Academy Press, 1990. p. 38.
7. Jackson R, Feder G. Guidelines for clinical guidelines. BMJ 1998;317:427-28. Disponible en: <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/317/7156/427> Consultado: 24 de abril del 2004.
8. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-72. Disponible en: <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/312/7023/71> Consultado: 22 de abril del 2004.
9. American College of Physicians (ACP). Algorithms. Disponible en: <http://www.acponline.org/sci-policy/guidelines/algorithms.htm> Consultado: 18 de abril del 2004.
10. Persons JB, Beck AT. Should clinicians rely on expert opinion or empirical findings? Am J Man Care 1998;4(7):1051-4.
11. National Guideline Clearinghouse, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Department of Health and Human Services. Complete Summary. Disponible en: <http://www.guideline.gov/about/CompleteSummaryDescrip.aspx> Consultado: 10 de abril del 2004.
12. Hayward RS, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt GH. Evidence Based Medicine Working Group. How to Use a Clinical Practice Guideline. JAMA 1995; 274:570-4. Disponible en: <http://www.cche.net/usersguides/guideline.asp> Consultado: 24 de marzo del 2004.
13. NCBI. National Library of Medicine. Mesh. [base de datos] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh> Consultado: 17 de marzo del 2004.
14. Institute for Scientific Information. RefViz: data visualization and analysis software from the makers of EndNote, ProCite and Reference Manager [en línea]. Disponible en: <http://www.refviz.com/rvinfo.asp> [Consultado: 27 de abril del 2004].

Anexo 1. Clasificación de las evidencias

Los médicos valoran altamente las revisiones como una vía para mantenerse al día con la literatura médica. Sin embargo, en ocasiones, estos artículos se basan más en la experiencia personal de sus autores, anécdotas o en revisiones incompletas de la literatura que en la recolección exhaustiva de las mejores evidencias disponibles. Como resultado, se realiza actualmente un gran esfuerzo en el campo de la lectura y la publicación médica para mejorar la calidad de los artículos de revisión a partir del uso de gradaciones más explícitas de la fortaleza de las evidencias sobre las cuales se basan las recomendaciones. Incluso existen múltiples guías, diseñadas para leer críticamente los diferentes tipos de informes clínicos de investigación (anexo 1a).

Son decenas las taxonomías o sistemas de clasificación disponibles para establecer la calidad de los estudios individuales y la fortaleza de una recomendación basada en un cuerpo de evidencias.

Una de las más recientemente publicadas, la "Taxonomía para medir la fortaleza de la recomendación (SORT en inglés)", y que dispone de la aprobación de los editores de un grupo de prestigiosas revistas norteamericanas sobre medicina familiar y cuidados primarios, como *American Family Physician* y *Family Medicine*, entre otras, se basa en la calidad, la cantidad y la consistencia o coherencia de las evidencias, así como en la relación entre beneficios, daños y costos para el paciente.¹

La validez de un estudio se basa en la evaluación de su diseño. El nivel de evidencia puede referirse a estudios individuales o a múltiples estudios útiles para responder a una interrogante específica o a la calidad de la evidencia que soporta una intervención clínica.

Se considera evidencia de investigación aquella que aparece publicada en los informes de investigaciones originales y contempla la recolección de datos originales o la revisión sistemática de otras publicaciones también originales. No comprende editoriales, opiniones o artículos de revisión no realizados de forma sistemática o metanalítica.

SORT enfatiza el uso de resultados orientados a los pacientes -y que midan los cambios en su morbilidad y mortalidad- por encima de los resultados orientados a la enfermedad.

Los resultados (indicadores) orientados al paciente consideran a éste como su objetivo - reducción de la mortalidad y la morbilidad, mejoría de los síntomas, mejor calidad de vida, menos costos, etc.-, su meta es que él viva más y mejor. Por su parte, los resultados orientados a la enfermedad comprenden resultados intermedios, histopatológicos, fisiológicos y otros sustitutivos o potencialmente útiles para mejorar la condición del paciente - azúcar en sangre, presión arterial, etc.- que pueden o no reflejar la mejoría real del paciente.

Entonces, clasifica las evidencias en tres niveles: A, B y C. Una recomendación del nivel A se basa en evidencias de estudios consistentes y de buena calidad orientados a los pacientes. Una recomendación del nivel B en evidencias aportadas por estudios inconsistentes o de calidad limitada, orientados al paciente. Una recomendación del nivel C se basa en el consenso, la práctica común, la opinión, las evidencias orientadas a la enfermedad, o en series de casos para estudios de diagnóstico, tratamiento, prevención o pesquiasaje.

La fortaleza de una recomendación para la práctica clínica se basa en el cuerpo de la evidencia existente -típicamente más de un estudio.

Su consideración del nivel de la evidencia de los estudios individuales, el tipo de resultado medido - orientado al paciente o la enfermedad; el número, la consistencia, la coherencia de la evidencia; así como la relación entre beneficios, daños y costos para el paciente, generan dos aciertos importantes: la colocación del paciente (cliente) como objetivo principal de la atención -como corresponde a una filosofía de la calidad actual- y su posibilidad de integrar muchos de los esquemas existentes para clasificar las evidencias.

Anexo 1a. Guía del lector

A. Para evaluar un artículo que propone un tratamiento o terapia.²

I. Son válidos los resultados del estudio?

- Se realizó la asignación de los pacientes al grupo control y de tratamiento en forma aleatoria?
- Se realizó un seguimiento completo de los pacientes en cada uno de los grupos?
- Se analizó cuidadosamente - estado inicial, conducta, resultados, etc.- cada paciente en su grupo de estudio?
- Conocían los pacientes o el personal participante en el estudio la pertenencia de los primeros a uno u otro grupo -control y de estudio?
- Eran similares los grupos a comienzos del estudio? Se enunciaron explícitamente los criterios de exclusión de pacientes?
- Fue la intervención experimental la única diferencia en el tratamiento de ambos grupos?

II. Cuáles fueron los resultados

- Cuán grande fue el efecto del tratamiento
- Cuán preciso fue el estimado del efecto del tratamiento
- Se consideraron todos los pacientes en las conclusiones del estudio

III. Los resultados del estudio ayudarán en el cuidado de los pacientes propios?

- Son los resultados aplicables en el cuidado de los pacientes propios.
- Se consideraron todos los resultados clínicos importantes. Se informaron todos los eventos adversos.
- Se relacionaron los beneficios probables del tratamiento con sus costos y efectos adversos potenciales.
- Es el tratamiento viable en las condiciones particulares de la práctica, con la tecnología y las habilidades propias.

B. Para evaluar un artículo que propone una prueba diagnóstica.³

I. ¿Son válidos los resultados del estudio?

- ¿Se realizó un comparación independiente y a ciegas con respecto a la prueba de referencia estándar?
- ¿Comprende la muestra utilizada en el estudio, el rango de pacientes al que se le aplicará la

prueba en la práctica clínica?

- ¿Influyeron los resultados de la prueba que se evalúa en la decisión de realizar la prueba estándar de referencia?
- ¿Fueron los métodos utilizados para realizar la prueba, descritos con su suficiente detalle como para permitir su reproducción?

II. ¿Cuáles fueron los resultados?

- ¿Se presentó la razón de probabilidad para los resultados de la prueba o los datos necesarios para su cálculo?

III. ¿Me ayudarán estos resultados en el cuidado de mis pacientes?

- ¿Será la reproducibilidad de los resultados de la prueba y su interpretación satisfactorias en mi institución?
- ¿Son los resultados aplicables en mis pacientes?
- ¿Cambiarán los resultados mi manejo?
- ¿Se sentirán los pacientes mejor como resultado de la prueba?

C. Para evaluar un artículo que realiza un pronóstico.⁴

I. ¿Son válidos los resultados del estudio?

- ¿Se utilizó una muestra representativa y bien definida de pacientes con un estadio similar en el curso de la enfermedad?
- ¿Se realizó un seguimiento suficientemente largo y completo?
- ¿Se emplearon criterios libres de sesgos para medir los resultados?
- ¿Se ajustaron los factores de pronóstico importantes?

II. ¿Cuáles fueron los resultados?

- ¿Cuán grande es la probabilidad del evento o los eventos resultantes en un período específico de tiempo?
- ¿Cuán precisos son los estimados de probabilidad?

III. ¿Me ayudarán estos resultados en el cuidado de mis pacientes?

- ¿Son los pacientes estudiados similares a los propios?
- ¿Conducen los resultados directamente a aceptar o evitar el uso de la terapia?
- ¿Son los resultados útiles para alentar o aconsejar a los pacientes?

D. Para evaluar un artículo que trata establecer los daños o efectos adversos de una terapia o procedimiento.⁵

I. ¿Son válidos los resultados del estudio?

- ¿Fueron similares los grupos de comparación con respecto a las determinantes que son importantes para los resultados, pero diferentes a las de interés específico del estudio?
- ¿Se midieron los resultados y exposiciones en igual forma en los grupos comparados?
- ¿Se realizó un seguimiento suficientemente largo y completo?
- ¿Es la relación temporal correcta?
- ¿Existe un declive en la respuesta a la dosis?

II. ¿Cuáles fueron los resultados?

- ¿Cuán fuerte es la asociación entre la exposición y el resultado?
- ¿Cuán preciso es el estimado de riesgo?

III. ¿Me ayudarán estos resultados en el cuidado de mis pacientes?

- ¿Son los resultados aplicables en mi práctica?
- ¿Cuál es la magnitud del riesgo?
- ¿Debo intentar detener la exposición?

E. Para evaluar un artículo de revisión.⁶

I. ¿Son válidos los resultados del estudio?

- ¿Enfocó la revisión una cuestión clínica?
- ¿Fueron apropiados los criterios de inclusión de los artículos?
- ¿Es improbable que se perdieran estudios relevantes e importantes?
- ¿Se evaluó la validez de los estudios incluidos?
- ¿Son reproducibles las valoraciones de los estudios?
- ¿Fueron similares los resultados de los estudios?

II. ¿Cuáles fueron los resultados?

- ¿Cuáles fueron los resultados generales de la revisión?
- ¿Cuán precisos fueron los resultados?

III. ¿Me ayudarán estos resultados en el cuidado de mis pacientes?

- ¿Pueden aplicarse los resultados al cuidado de mis pacientes?
- ¿Se consideraron todos los resultados clínicos importantes?
- ¿Fueron los beneficios superiores a los daños y los costos?

F. Para evaluar un artículo que realiza un análisis económico de la práctica clínica.⁷

I. ¿Son válidos los resultados del estudio?

- ¿Suministró el análisis una comparación económica completa de las estrategias de cuidados de la salud?
- ¿Se midieron y valoraron adecuadamente los costos y los resultados?
- ¿Se realizó un manejo adecuado de la incertidumbre en el análisis?
- ¿Se realizaron los estimados de los costos y los resultados en relación al riesgo de base en la población tratada?

II. ¿Cuáles fueron los resultados?

- ¿Cuáles fueron los costos incrementales y los resultados de cada estrategia?
- ¿Fueron diferentes los costos incrementales y los resultados entre los subgrupos?
- ¿Cuanto pueden cambiar los resultados como resultado de la incertidumbre?

III. ¿Me ayudarán estos resultados en el cuidado de mis pacientes?

- ¿Son los beneficios del tratamiento superiores a los daños y los costos?
- ¿Pueden esperar resultados similares de salud mis pacientes?
- ¿Puedo esperar costos similares?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, Bowman M. Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): A Patient-Centered Approach to Grading Evidence in the Medical Literature. *Am Fam Physician* 2004;69:548-56. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20040201/548.html> Consultado: 12 de marzo del 2004.
2. Guyatt GH, Sackett Dt, Cook D. Evidence Based Medicine Working Group. How to Use an Article About Therapy or Prevention. *JAMA*. 1993;270:2598-2601. Disponible en: <http://www.cche.net/usersguides/therapy.asp> Consultado: 7 de marzo del 2004.)
3. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL. Evidence Based Medicine Working Group. How to use an article about a diagnostic test. *JAMA* 1994;271(5):389-91. Disponible en: <http://www.cche.net/usersguides/diagnosis.asp> Consultado: 20 de marzo del 2004.
4. Laupacis A, Wells G, Scott Richardson W, Tugwell P. Evidence-Based Medicine Working Group. How to use an article about prognosis. *JAMA*. (1994;272(3):234-237. Disponible en: <http://www.cche.net/usersguides/prognosis.asp> Consultado: 20 de marzo del 2004.
5. Levine M, Walter S, Lee H, Haines T, Holbrook A, Moyer V. Evidence Based Medicine Working Group. How to use an article about harm. *JAMA* 1994;271(20):1615-9. Disponible en: <http://www.cche.net/usersguides/harm.asp> Consultado: 20 de marzo del 2004.
6. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. Evidence Based Medicine Working Group. How to use an

overview. JAMA 1994 Nov 2;272(17):1367-71. Disponible en: <http://www.cche.net/usersguides/overview.asp> Consultado: 20 de marzo del 2004.

7. Bernie J. O'Brien BJ, Heyland D, Scott Richardson W, Levine M, Drummond MF. Evidence-Based Medicine Working Group. How to use an article on economic analysis of clinical practice. JAMA. (1997 May 21; 277(19):1552-7. Disponible en: <http://www.cche.net/usersguides/economic.asp> Consultado: 20 de marzo del 2004.

Recibido: 26 de junio del 2004.

Aprobado: 14 de julio del 2004.

Lic. Rubén Cañedo Andalia
Red Telemática de Salud en Cuba (Infomed).
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.
Calle 27 # 110 entre N y M, El Vedado. C P 10 400.
Ciudad de La Habana, Cuba.CP 10 400 AP 6520
Correo electrónico: ruben@infomed.sld.cu

¹ **Licenciado en Información Científico-Técnica y Bibliotecología. Red Telemática de Salud en Cuba (Infomed). Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.**

² **Técnico Medio en Información Científico-técnica y Bibliotecología. Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CNIC).**

³ **Ingeniero en Telecomunicaciones. Jefe del Departamento de Información Científica. Centro Nacional de Investigaciones Científicas.**

Ficha de procesamiento

Clasificación: Artículo original

¿Cómo citar esta contribución según el estilo Vancouver?

Cañedo Andalia R, Jorge Arencibia R, Perezleo Solórzano L, Araújo Ruiz JA. La Colaboración Cochrane en Cuba. Producción de guías para la práctica clínica: una visión desde la perspectiva de la base de datos Medline. Acimed 2004; 12(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol12_4_04/aci03404.htm Consultado: día/mes/año.

Términos sugeridos para la indización

Según DeCS 1

BASES DE DATOS BIBLIOGRAFICAS; ANALISIS CUANTITATIVO; ANALISIS CUALITATIVO; MEDLINE; MEDICINA CLINICA.
DATABASES BIBLIOGRAPHICS; QUANTITATIVE ANALYSIS; QUALITATIVE ANALYSIS; MEDLINE; CLINICAL MEDICINE.

Según DeCI 2

FLUJO DE INFORMACION/análisis; ANALISIS CUALITATIVO; ANALISIS CUANTITATIVO; BASES DE DATOS BIBLIOGRAFICAS; MEDLINE.
INFORMATION FLOW/analysis; QUALITATIVE ANALYSIS; QUANTITATIVE ANALYSIS.

¹ BIREME. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Sao Paulo: BIREME, 2004.
Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

² Díaz del Campo S. Propuesta de términos para la indización en Ciencias de la Información. Descriptores en Ciencias de la Información (DeCI). Disponible en: <http://cis.sld.cu/E/tesauro.pdf>

[Indice](#) [Anterior](#) [Siguiente](#)